

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1928-1929. — N° 80

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES

LIPOMES DU COU

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 15 mars 1929

PAR

Pierre-Albert RAFFIN

EXTERNE DES HÔPITAUX

Né à SAUVETERRE-DE-GUYENNE (Gironde), le 8 avril 1904.

Examineurs de la Thèse	{	MM. CHAVANNAZ, professeur....	Président.
		DUVERGEY, professeur	{ Juges.
		PAPIN, agrégé	
		JEANNENEY, agrégé.....	

BORDEAUX
IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS
Y. CADORET
3, PLACE SAINT-CHRISTOLY, 3

1929 .

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1928-1929. — N° 80

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

LIPOMES DU COU

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 15 mars 1929

PAR

Pierre-Albert RAFFIN

EXTERNE DES HÔPITAUX

Né à SAUVETERRE-DE-GUYENNE (Gironde), le 8 avril 1904.

Examineurs de la Thèse	{	MM. CHAVANNAZ, professeur....	<i>Président.</i>
		DUVERGEY, professeur .. .	{ <i>Juges.</i>
		PAPIN, agrégé	
		JEANNENEY, agrégé.....	

BORDEAUX

IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS

Y. CADORET

3, PLACE SAINT-CHRISTOLY, 3

1929

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS. Doyen.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. LANELONGUE, POUSSON, MOURE, PRINCETEAU, W. DUBREUILH,
RIVIÈRE, BARTHE, LE DANTEC.

PROFESSEURS :

MM.	MM.
Clinique médicale. VERGER	Zoologie et parasitologie MANDOUL.
id. CASSAET.	Médecine expérimentale MAURIAC.
Clinique chirurgicale. CHAVANNAZ.	Clinique ophtalmologique TEULIÈRES.
id. BÉGOUIN.	Clinique chirurg. infantile et orthopédie. ROCHER.
Pathologie et thérapeutiques générales... CARLES.	Clinique gynécologique GUYOT.
Clinique d'accouchements. ANDÉRODIAS.	Clinique méd. des maladies des enfants. CRUCHET.
Anatomie pathol. et microscopie clinique. SABRAZÈS.	Chimie biologique et médicale. DENIGÈS.
Anatomie VILLEMIN.	Physique médicale et pharmaceutique. SIGALAS.
Anatomie générale et histologie. G. DUBREUIL.	Médec. coloniale et clin. des mal. exotiques. BONNIN.
Physiologie. PACHON	Clinique des malad. cutanées et syphilitiques. PETGES.
Hygiène. AUCHÉ.	Clinique des maladies des voies urinaires. DUVERGEY.
Médecine légale et déontologie. LANDE.	Clinique des malad. nerveuses et mentales. ABADIE.
Electroradiologie et clin. d'électricité méd. RÉCHOU.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie. PORTMANN.
Chimie. CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée. LABAT.
Botanique et matière médicale. BEILLE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie. SELLIER.
Pharmacie. DUPOUY.	

MM. DELAUNAY (Physiologie), MICHELEAU, LEURET, DUPÉRIÉ (Médecine générale).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM.	MM.
Anatomie. DUBECQ.	Chirurgie générale. PAPIN.
Histologie. LACOSTE.	id. JEANNENEY.
Anatomie pathologique. MURATET.	id. CHARRIER.
Parasitologie et sciences naturelles. R. SIGALAS.	id. LOUBAT.
Médecine générale. CREYX.	Obstétrique. PERY.
id. N.	id. FAUGÈRE.
id. AUBERTIN.	Ophthalmologie. BEAUVIEUX.
id. DAMADE.	Dermatologie et syphiligraphie. JOULIA.
id. PIÉCHAUD.	Pharmacie. GOLSE.
Maladies mentales. PÉRRENS.	

COURS COMPLÉMENTAIRES :

MM.	MM.
Clinique dentaire. CAVALIÈ.	Poëriculture. N.
Médecine opératoire. PAPIN.	Démonstrations et préparations pharmac. N.
Accouchements. FAUGÈRE.	Pharmacie chimique. GOLSE.
Ophtalmologie. CABANNES.	Zoologie et parasitologie. R. SIGALAS.

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes. MM. N.
Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation professionnelle. GOURDON

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS

A LA MEMOIRE DE MON PERE

LE DOCTEUR GASTON RAFFIN

ET DE MA MERE

Leur vie, toute de devoir et
d'abnégation, me servira d'exemple

A MON FRERE

A MA FIANCEE

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MES MAITRES

A MES CAMARADES
DE L'EXTERNAT DES HOPITAUX DE BORDEAUX

A MON PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR G. CHAVANNAZ

*Professeur de Clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine de Bordeaux,
Correspondant national de l'Académie de Médecine
et de la Société de Chirurgie de Paris,
Officier de la Légion d'honneur,
Décoré de la médaille interalliée et de la médaille de la Victoire,
Officier de l'Instruction publique.*



Digitized by the Internet Archive
in 2026

AVANT-PROPOS

Comme la route paraît longue et belle à celui qui, échappé de la férule collégiale, commence sa vie d'étudiant. Adieu! chères années trop vite écoulées.

Arrivé à l'ultime étape, c'est un regard de regret que je jette sur mon passé, mais j'y puise cependant le courage d'affronter vaillamment l'avenir et de suivre la voie qu'un être très cher m'a tracée.

C'est avec émotion et reconnaissance que j'adresse à mon maître, M. le Professeur Chavannaz, l'expression de ma profonde gratitude. Sa bienveillante bonté sut guider mon esprit et le discipliner aux rigoureuses méthodes médicales.

Et l'année que je passai comme externe dans son service, écoutant ses leçons et suivant ses conseils, fut la plus fructueuse et la mieux remplie de mes années d'études.

Je n'aurai garde d'oublier ceux qui m'accueillirent au seuil de ma carrière et dirigèrent mes premiers pas : M. le Professeur J. Guyot, dont l'enseignement si plein de clarté et de pratique sut intéresser l'étudiant de première année tout d'abord désorienté.

Dans les services de MM. les Professeurs Cruchet et Sabrazès, de M. le Docteur Denis, j'appris peu à peu sous leur savante direction à étudier les malades, à écouter avec bienveillance les récits de leurs maux, puis à les soulager si trop souvent la guérison est impossible.

Que tous ceux qui ont contribué à mon éducation médicale et m'ont porté de l'intérêt, tous mes maîtres, tous mes amis et mes camarades reçoivent mes remerciements; qu'ils soient convaincus que le souvenir de leur sollicitude sera une des plus pures joies de ma vie.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

LIPOMES DU COU

INTRODUCTION

La graisse se dépose de différentes façons au sein des tissus, mais toute accumulation de cellules adipeuses en un point donné de l'être humain ne constitue pas un lipome.

A ces tissus, par suite de processus inflammatoires ou trophiques, petit à petit ce tissu adipeux peut se substituer. On n'a plus affaire alors à une tumeur jouissant d'une vitalité indépendante comme le lipome, mais à un tissu qui suit les perturbations nutritives locales ou générales de l'organisme.

Au contraire, le lipome vrai, nettement constitué en tumeur, qu'il soit circonscrit ou diffus, unique ou multiple, ne subit pas de variations suivant les changements produits dans l'état général du sujet. Les maladies cachectisantes comme la tuberculose ou le cancer, survenant chez un lipomateux, ne font pas diminuer le volume de ces tumeurs, et l'on est surpris de voir ces masses graisseuses intactes alors que le malade a perdu presque tout son pannicule adipeux.

Le lipome peut être unique, ou bien disséminé sur différents points du corps : il est alors multiple.

Il peut être isolé, énucléable, ou bien mal délimité, diffus. Le siège de ces tumeurs, variable semble toutefois avoir une prédilection marquée pour la nuque, le cou.

C'est aux lipomes de cette région que nous allons limiter notre étude.

Après un historique rapide et l'anatomie pathologique, nous chercherons quelles sont les causes qui peuvent engendrer les lipomes cervicaux.

Nous verrons les théories émises à son sujet, les symptômes. Passant ensuite au diagnostic, nous essaierons de montrer quels sont les signes qui permettent d'établir un diagnostic différentiel avec les autres tumeurs de la région.

Nous terminerons cette étude par le traitement des lipomes du cou, quelques observations, et, enfin, les conclusions auxquelles nous aura amené notre travail.

HISTORIQUE

Depuis fort longtemps, le lipome est connu.

Mais c'est sous des noms divers qui s'appliquaient également à d'autres tumeurs qu'on le trouve désigné. On l'appelait abcès phlegmatique ou sarcome, ou bien encore stéatome.

C'est qu'en effet la classification des tumeurs était encore loin d'être établie.

C'est Littré le premier, qui, en 1709, créa le mot lipome et le différençia du stéatome en particulier avec lequel on le confondait.

Les observations de ces tumeurs se sont multipliées, et bientôt nous trouvons dans la littérature médicale la relation de cas qui avaient beaucoup frappé les anciens médecins.

Marjolin prétend malgré tout qu'entre le stéatome et le lipome il n'y a pas de différences : ce sont seulement deux états de la même affection; le stéatome serait dû à la dégénérescence du lipome.

Plus tard, Quenu, dans son article des tumeurs du *Traité de chirurgie de Duplay et Reclus*, donne une classification des tumeurs où le lipome est considéré comme bénin.

Depuis longtemps on sait que le lipome est essentiellement composé de graisse.

Un article complet sur ce sujet fut fait par le Professeur Verneuil, en 1854, à la Société de Biologie.

Depuis longtemps également on a essayé d'expliquer la formation de ces tumeurs. Dès 1778, Chopart prétendait qu'elles étaient dues à des contusions. Marjolin, Broca, abondaient à peu près dans le même sens.

Virchow y voyait la même cause : une irritation. Des théories multiples sont émises, chacune a ses partisans.

Mathieu, en 1883, essaie d'élaborer la pathogénie de ces tumeurs. Dans une observation publiée dans les *Archives générales de la médecine*, il dit que le lipome est le résultat de troubles myélopathiques. Cette observation passée inaperçue fut suivie par une discussion l'année suivante au Congrès des naturalistes allemands à laquelle Madelung, Volkmann, Kuster prirent part.

Eux aussi arrivent aux mêmes conclusions.

Boucher, de Rouen, en 1889, croit à l'origine nerveuse des lipomes.

Plus tard, Chauffard, Bucquoy, Mathieu, Potain tendent à admettre un lien de parenté très intime entre les lipomes diffus et pseudo-lipomes sus-claviculaires de Verneuil caractérisés par une surabondance anormale de la graisse en cette région, coïncidant parfois avec de l'œdème local.

Launois et Bensaude, en 1898, étudient une affection caractérisée par la présence de tuméfactions lipomateuses diffuses, symétriques, à prédominance cervicale.

Ils reconnaissent à l'origine de ces tumeurs une maladie des glandes lymphatiques.

Quant à la récurrence de ces tumeurs, on s'accorde à reconnaître qu'elle ne se produit pas si le lipome a été enlevé entièrement.

Dans un article de la *Gazette des hôpitaux* de 1879, Richet est déjà affirmatif sur ce sujet.

ETIOLOGIE ET PATHOGENIE

Définition. — Le lipome est souvent une tumeur hyperplasique, qui procède de la graisse préexistante dans un tissu et se présente comme un accroissement circonscrit ou diffus, excessif, du tissu graisseux. C'est une véritable « excroissance de la couche adipeuse », disait Morgagni.

Etiologie. — L'étiologie de ces tumeurs est un point important. On rencontre des lipomes assez fréquemment. C'est surtout à l'âge adulte, vers 30 ans, et chez les hommes, de préférence, qu'ils apparaissent. Ils ont cependant été remarqués chez de jeunes enfants, et les lipomes profonds sont souvent congénitaux.

Leur volume, variable, dépend du moment auquel la tumeur est examinée.

Quelles sont les causes déterminantes de ces tumeurs? On a invoqué l'hérédité, et Sénac, dans sa thèse de Paris (1884-1885), rapporte un cas concluant.

Mais, hélas! le fait est inconstant, et bien des fois, chez l'individu examiné, il n'apparaît aucune trace d'hérédité.

Ce qu'on a le plus invoqué, c'est le choc, le traumatisme.

En 1778, Chopart disait dans un article : « Ainsi les coups, les chutes, tout ce qui est capable d'atténuer l'adhérence de la peau, de la relâcher au point qu'elle presse moins fortement la partie de membrane cellulaire qui se trouve dessous, d'affaiblir le ressort du tissu, produira la vraie loupe graisseuse. »

C'est la même idée que nous voyons développée par Paget et H. Moore, dans leur article *Tumeurs of system of surgery* Holms, volume I, page 250. Billroth, lui, outre cette explica-

tion, admet l'influence des causes extérieures : pression, frottements répétés. Cruveilhier se range à cet avis et rappelle la fréquence des lipomes de l'épaule chez les portefaix.

De même, Verneuil trouve cette explication agréable à son esprit et cite la fréquence des lipomes chez les forts de la halle. Cet exemple ne peut que le fortifier dans cette idée.

Virchow considère les lipomes comme de nature irritative, mais cette irritation peut fort bien venir d'un traumatisme.

Certains auteurs anglais, comme Marrant, Backer et Anthony Bowley, ont voulu faire jouer un rôle à l'alcoolisme, à son abus.

Dans *The medico chirurgical transactions*, ils citent une douzaine de cas survenus chez des hommes de 30 à 45 ans, gros mangeurs et grands buveurs.

Enfin, et sur ce point nous insisterons un peu, dans les observations que nous allons publier, nous avons remarqué la fréquence, chez ces malades ou chez leurs ascendants, de manifestations arthritiques.

Il est à noter, en effet, qu'en Angleterre, le lipome est plus fréquent qu'ailleurs, et il est reconnu que c'est un pays où l'arthritisme est particulièrement répandu, tantôt sous forme d'eczéma, de varices, tantôt de phénomènes rhumatismaux, aigus ou chroniques, de névralgies diverses. N'y aurait-il pas là une relation de cause à effet?

Quoi qu'il en soit, il est des cas où ces causes ne peuvent être invoquées, d'où naissance de théories que nous allons passer en revue.

Se basant sur la théorie de la sécrétion des graisses de C. Hunter, qui admettait un appareil glanduleux spécial pour la sécrétion des graisses, certains auteurs virent là, la cause du lipome. Cet appareil venant à s'oblitérer, la sécrétion s'accumulait à son intérieur, d'où développement d'une tumeur.

L'erreur anatomique qui est à la base de cette théorie suffit à l'éliminer d'emblée.

Morgagni et Girard pensent que le lipome est dû au relâchement de la peau.

Puis, avec P. Broca, prend naissance une nouvelle théorie (*Traité des tumeurs*, vol. II, p. 376) à laquelle Cruveilhier (*Traité d'anatomie pathologique*, vol. III), Duchez (Thèse de Paris, 1868), se rangent : c'est la théorie de la diathèse lipomateuse. Ces tumeurs proviendraient d'une diathèse hypertrophique portant sur la totalité du système grasseux. Il faut chercher les causes premières de ces formations locales de ces tumeurs dans certaines propriétés spéciales de l'être humain.

Virchow n'a pas pris à son compte cette théorie reconnaissant une dyscrasie lipomateuse. La graisse du lipome ne diffère nullement de celle du tissu grasseux voisin. Mais s'il y avait une lipémie, l'accumulation de graisse atteindrait tout le pannicule adipeux; il y aurait une diathèse grasseuse générale. On ne peut le prétendre, puisque c'est seulement en un ou plusieurs endroits du tissu grasseux que se développent les tumeurs.

De plus, souvent c'est chez un homme amaigri que se développe le lipome. Il est donc, sans doute, dans le tissu grasseux une cause locale irritative qui n'est pas uniformément répartie dans l'organisme.

Quant à la production des cellules nouvelles, le lipome né, Virchow l'explique ainsi : Cette production procède en partie du tissu adipeux, en partie du tissu connectif voisin avec lequel il y a un état d'irritation. Le nombre des éléments cellulaires augmente par groupes, et la graisse vient se déposer dans ces éléments comme pendant le développement fœtal. Si l'on examine en effet un fœtus pendant les premiers temps de la vie intra-utérine, on s'aperçoit qu'aux endroits où plus tard il y aura des lobules grasseux, il n'y a rien autre chose que des petites cellules rondes.

Ces cellules proviennent d'une cellule primitive muqueuse. Puis, la graisse se dépose en elles en petites gouttes qui vont en augmentant au fur et à mesure du développement.

Après un certain temps, on trouve des cellules volumineuses et remplies de graisse. Les cellules du lipome atteignent

un volume beaucoup plus considérable que celles du tissu adipeux voisin. Il faut qu'il y ait en certains points une cause d'irritation qui pousse les cellules à une croissance plus forte. Le lipome serait donc né d'un autre tissu que le tissu adipeux dont il est formé.

C'est un mode de formation normal des tissus, physiologique, et cela permet d'expliquer la formation des lipomes congénitaux. Mais quelle serait la cause d'irritabilité?

Il est probable qu'à la suite de choc, de traumatisme, il se passe, au sein des tissus, des transformations qui peuvent se manifester plus tard par des lipomes.

La production du tissu embryonnaire, une néo-formation de vaisseaux, peuvent devenir un terrain favorable au développement exagéré du tissu adipeux. C'est sur ceci, du reste, qu'on se base pour expliquer la présence de lipome intramusculaire.

Les vaisseaux musculaires sont entourés d'une graisse et, dans les travées, on trouve des vésicules adipeuses. Pendant la contraction musculaire, ces éléments graisseux sont froissés, tirillés, irrités, et ainsi nous retrouvons là, une des causes fréquentes du lipome superficiel : les pressions lentes, les frottements répétés.

A côté de cette théorie, depuis un demi-siècle environ, en est apparue une autre : la théorie nerveuse.

Le Professeur Potain avait trouvé à ces tumeurs un caractère important : la symétrie, et ce symptôme a aiguillé les auteurs vers une origine nerveuse. Sous l'action trophique du système nerveux, il pourrait se faire une surcharge graisseuse des éléments cellulaires de l'hypoderme.

Mathieu (*Gazette des hôpitaux*, juillet 1850) cite le cas d'une dame de 63 ans, faisant du rhumatisme déformant de la colonne vertébrale chez qui, après deux ans de maladie, apparaissent aux membres inférieurs des lipomes symétriques.

Ces lipomes seraient alors le résultat d'un trouble de nutrition d'origine nerveuse.

En faveur de cette théorie, nous avons les travaux nom-

breux et récents qui ont trait aux nerfs périphériques, avec atrophie, névrites localisées aux petits troncs nerveux et ne remontant pas jusqu'aux extrémités cutanées.

Il est donc permis de se demander si, de même que nous avons certaines altérations trophiques telles que la peau lisse, chute des ongles, ulcères variqueux, nous ne pourrions pas trouver le contraire, c'est-à-dire l'hypertrophie localisée, comme les précédentes affections du territoire, ou d'une partie du territoire du nerf altéré. L'action nerveuse serait portée aux éléments musculaires des petits vaisseaux d'une part, et aux cellules graisseuses d'autre part.

Enfin, Launois et Bensaude sont les auteurs de la théorie ganglionnaire qui admet, à l'origine des lipomes, une maladie de glandes lymphatiques.

La maladie qu'ils décrivent sous le nom d'adéno-lipomatose, symétrique à prédominance cervicale, se caractérise par l'apparition de tumeurs lipomateuses diffuses, disposées symétriquement en différents points du corps, et généralement au niveau des territoires ganglionnaires : au cou, aux aisselles, aux aines. On trouve, au milieu de ces tumeurs, des petits ganglions plus ou moins volumineux et plus ou moins nombreux.

A la périphérie de ces masses lipomateuses, la palpation permet de sentir de petites nodosités ganglionnaires. La diffusion de la tumeur, l'infiltration graisseuse, se font en profondeur suivant le trajet des vaisseaux lymphatiques.

Tous ces arguments viennent à l'appui de leurs théories. Mais ces tumeurs sont constituées malgré tout par un tissu graisseux, et ils admettent, pour expliquer leur production, ou bien une dégénérescence primitive et totale des glandes lymphatiques, ou bien l'existence d'une adénite primitive avec périadénite graisseuse secondaire.

Les études anatomo-pathologiques n'ont pas permis encore de saisir ces diverses transformations et leur hypothèse, si séduisante soit-elle reste non prouvée.

Toutes ces théories ont été défendues avec vigueur. Tout

en les admettant comme possibles, il faut admettre que les lipomes sont des tumeurs qui semblent provenir d'une affection d'ordre local ou général dont les causes sont encore à l'heure actuelle entourées de mystère.

Là encore, comme pour les autres néoplasmes, malgré la sagacité et l'ardeur des chercheurs, on n'est pas encore arrivé à en découvrir l'étiologie.

On émet des hypothèses qui essaient de satisfaire l'esprit, mais on ne peut encore, à l'heure actuelle, donner des conclusions indiscutables.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Le lipome est une tumeur constituée par du tissu adipeux de formation nouvelle. Cette définition élimine du lipome vrai les accumulations fibro-lipomateuses que l'on rencontre souvent autour d'organes enflammés comme le rein, la vessie.

Comme le tissu graisseux normal, le lipome consiste en lobules qui sont juxtaposés les uns à côté des autres. A leur tour, ils sont formés d'un grand nombre de cellules de graisse; ces pelotons adipeux que forment les lobules sont rattachés les uns aux autres par des tractus conjonctifs, lesquels accompagnent les vaisseaux qui se ramifient sur le pourtour des lobules.

Chaque lobule est donc comme entouré, enfermé dans une sorte de capsule de tissu connectif richement vascularisée.

Quant aux cellules adipeuses, elles forment des amas sans tissu cellulaire ni vaisseaux.

Ces vésicules n'ont pas le même volume que les cellules normales de graisse (Verneuil, *Gazette médicale de Paris*, 1854). Elles sont plus développées : ainsi, soit 0,03 micron pour le diamètre des cellules normales de graisse; on trouve 0,06 micron à 0,10 de micron pour les cellules du lipome.

Les vésicules sont plus transparentes, à contours plus fins.

La couleur du lipome est jaune, d'une teinte caractéristique, il est mou, presque fluctuant. Le volume en est variable, allant de la grosseur d'un poing — cas général — à des dimensions considérables, 30 kilogrammes (Terrillon).

Cet amas anormal de tissu graisseux est entouré par une

enveloppe de tissu cellulaire et n'est adhérente aux parties voisines que par les vaisseaux. Sa forme est variable, ou lobulée, ou étalée, les nappes formant une masse unique.

La tumeur est unique ou multiple, dans ce cas, les lipomes sont alors souvent symétriques.

Il est à noter, en outre, que la graisse est périvasculaire et partout où elle existe, existent des vaisseaux.

Quel est l'état du tissu musculaire englobé dans la tumeur?

Nulle part on ne rencontre de dégénérescence bien marquée de la fibre musculaire. Si, par endroit, elle semble un peu anormale, il ne faut pas perdre de vue que les fragments à examiner ont subi une contusion, un traumatisme opératoire.

Il est un point cependant qui frappe : c'est la prolifération des noyaux des fibres musculaires. Ils sont situés soit sur les bords de la fibre par série de 8 ou 10, soit au milieu de la fibre par amas de 15 à 20; ils sont plus volumineux qu'à l'état normal.

Que deviennent les vaisseaux et nerfs pris de tous les côtés dans cette tumeur graisseuse?

Les nerfs ne présentent pas de lésions ou, du moins, ne semblent pas en présenter! Il est cependant possible d'admettre qu'au milieu de ces coussinets graisseux qui les entourent, les pressent, ils puissent présenter des altérations minimales, inappréciables mais réelles. S'il y avait lésion nerveuse, cela permettrait peut-être d'expliquer ainsi le lipome!!!

Quant aux vaisseaux, ils sont atteints et dans leur endothélium qui prolifère dans la lumière, et dans leur paroi externe qui devient plus épaisse, et s'infiltre de cellules de néoformation. Ce sont surtout les petits vaisseaux qui sont atteints. Les capillaires eux-mêmes sont envahis par les cellules adipeuses.

Il y aurait donc, peut-être, à l'origine du lipome, une lésion nerveuse de nature inconnue, dont la conséquence serait une altération des vaisseaux.

De cette altération des vaisseaux, s'ensuivrait un trouble

de nutrition du tissu périvasculaire et consécutivement formation de cellules adipeuses?

C'est là un problème assez difficile à résoudre!

Les lipomes étant constitués par divers éléments, à savoir :

Cellule adipeuse; .

Tissu conjonctif;

Vaisseaux.

Il peut s'ensuivre des variations de structure suivant la prédominance d'un de ces trois éléments. .

En premier lieu, nous avons donc :

1° *Le lipome pur* chez lequel la cellule adipeuse prime sur le tissu conjonctif et les vaisseaux;

2° *Le fibro-lipome*; le lipome contient plus de tissu conjonctif que normalement, en même temps que se développent les cellules adipeuses, il y a hypertrophie des cloisons lamelleuses interlobulaires;

3° *Le lipome télangectasique*, où l'on trouve un développement anormal des vaisseaux;

4° Enfin, *l'angio-lipome*, qui est une transformation fibreuse de l'angiome. Il résulte de l'infiltration de l'angiome dans le tissu cellulo-adipeux (Virchow, Coyne).

Les lipomes peuvent présenter certaines altérations, mais toutefois assez exceptionnelles.

Ils peuvent s'infiltrer de sels calcaires, la consistance de la tumeur devient pierreuse; cette calcification résulte d'une nécrobiose d'une partie de la tumeur.

Ils peuvent encore s'enflammer, généralement à la suite d'une ulcération de la peau, se gangrener.

Toujours bénin, la transformation maligne d'un lipome pur n'a jamais été observée d'une façon certaine.

SYMPTOMATOLOGIE

Aucun signe particulier, aucun symptôme pathognomonique ne caractérisent le lipome du cou.

Seule une déformation globuleuse de la région révèle l'apparition de phénomènes anormaux.

Mais n'oublions pas que souvent on a affaire à des malades plus ou moins soigneux de leur personne et, alors, ce n'est que tardivement, lorsque la tumeur commence à prendre des proportions plus ou moins grandes, qu'ils aperçoivent, sur un point du cou, un gonflement. C'est donc, insidieusement, sans tapage, que débute cette affection.

Le lipome peut former une masse régulière, circonscrite, limitée, arrondie : c'est le lipome circonscrit.

D'autres fois, la tumeur, sans avoir de limites précises, s'insinue entre les organes voisins, poussant des prolongements dans le tissu graisseux qui les sépare et le transformant : c'est le lipome diffus.

On peut alors avoir des déformations formidables de la région. Le lipome peut retomber sur les épaules comme une pèlerine, ou bien faire une collerette, analogue aux fraises empesées chères aux élégants du temps d'Henri III. Bien que présentant, en général, les mêmes symptômes, les lipomes, suivant leur situation superficielle ou profonde présentent quelques caractères particuliers. Nous envisageons donc :

- I. — *Les lipomes superficiels;*
- II. — *Les lipomes profonds.*

I. — Lipomes superficiels.

Le malade vient consulter le médecin parce qu'il a une tumeur plus ou moins grosse variant du volume d'une noisette à celui du poing et même plus.

Cette tumeur est plus ou moins bien limitée. Tantôt elle semble arrêtée par le relief des muscles sterno-cléido-mastoïdiens, et, dans ce cas, elle peut refouler le larynx; tantôt, la tumeur déborde sur le bord postérieur du muscle, et se montre dans le creux sus-claviculaire dissimulant parfois la saillie de la clavicule.

Si la tumeur est volumineuse on peut noter la présence d'un réseau veineux sous-cutané assez développé. Ces veines sur la limite de la tumeur s'effacent.

Les formes normales de la région sont modifiées : la région sous-maxillaire disparaît, la masse se continue avec le maxillaire inférieur et englobe le sterno-mastoïdien. Si bien que si la tumeur est symétrique, on voit un volumineux collier graisseux.

À la nuque, les lipomes peuvent former une masse limitée, ayant tendance à se pédiculiser, donnant ces énormes tumeurs en massue qui peuvent pendre sur le dos et l'épaule, ou bien on peut observer des tumeurs symétriques qui, à la longue, tendent à former une seule masse, et donnent à l'individu un cou de taureau, symbole de force.

Au toucher, la peau reste normale, fine, non adhérente à la tumeur; on ne rencontre pas de troubles cutanés marqués à la palpation, on peut éprouver diverses sensations : ou bien une sensation de tumeur molle, uniforme, pâteuse, avec une fausse fluctuation, caractère non inhérent au lipome et, par conséquent, non absolu; ou bien on sent une tumeur bosselée, irrégulière, de consistance assez ferme, présentant des intervalles fibreux : cette tumeur rappelle plutôt le fibro-lipome.

Cette masse est mobile et se déplace en bloc. Si la tumeur est volumineuse, on peut lui imprimer une sorte de ballonnement et, par ce geste, on obtient un petit tremblement analogue à celui de l'œdème mou de la partie supérieure du cou.

Il est à noter cependant, signe qui a une grosse valeur, que cette mobilité ne suit pas les mouvements d'ascension et de descente du larynx.

La percussion a peu d'importance. On ne peut passer sous

silence l'opinion de Morel-Lavallée, qui parle d'une sensation de crépitation due aux frottements des lobules graisseux.

Quels sont les troubles fonctionnels qu'engendrent les lipomes superficiels au cou. Aucun pour les lipomes de petit volume; les lipomes volumineux superficiels ont tendance à se développer extérieurement et peuvent causer des troubles par leur volume et par leur poids. S'il s'agit de lipomes antérieurs, les mouvements de flexion de la tête sont limités, l'extension, au contraire, est possible. Le malade peut être obligé de rester presque constamment la tête plus ou moins en arrière ! Situation incommode et qui, à la longue, peut amener des troubles visuels.

Les lipomes de la région postérieure, susceptibles d'acquérir parfois un énorme développement, forcent le sujet à marcher courbé en deux sous le poids de ce fardeau incommode.

La tumeur étant indolore par elle-même, elle ne peut donner que des troubles de compression, qui sont facteurs de son volume. Ce sont tantôt des douleurs lancinantes, parfois nettes, ou parfois réduites à peu de chose, qui semblent s'irradier vers l'angle de la mâchoire, la parotide, l'épaule, tantôt, au contraire, ce sont de véritables sensations de strangulation.

Quant aux symptômes généraux, ils sont peu marqués, ce n'est qu'à un degré avancé, lorsque la tumeur a acquis un volume considérable, que le malade, à cause des troubles respiratoires, phonateurs, dysphagiques, arrivera à un état de dépression générale.

L'adéno-lipomatose diffuse de Launois et Bensaude est caractérisée par la multiplicité et la disposition symétrique des tumeurs lipomateuses. L'aspect de la peau est spécial : au-dessous du menton, existent de chaque côté deux masses distinctes ou bien fusionnées entre elles, formant un croissant dont les cornes se perdent vers les angles de la mâchoire.

Dans les régions parotidiennes, préauriculaires, mastoïdiennes, à la nuque, apparaissent d'autres saillies toujours symétriques. Les plus rapprochées de la ligne médiane arrivent à fusionner.

Ces productions graisseuses peuvent rester localisées à la région cervico-faciale, mais souvent à l'examen général du sujet, on en retrouve d'autres; sur le reste du corps et, en de véritables points d'élection : à la partie supérieure et interne des membres, dans les régions pectorales, épigastriques, sus-pubienne, dorso-lombaires.

Mais toujours, faits importants : 1° ces tumeurs sont symétriques à moins qu'elles ne soient impaires et médianes; 2° elles ont les caractères des lipomes diffus, c'est-à-dire que leurs contours sont mal limités, se continuant avec le tissu cellulo-adipeux voisin. Une palpation attentive permet de sentir parfois, vers le centre de ces tumeurs, un noyau plus ferme. A la périphérie, on peut de même déceler des ganglions lymphatiques, petits et durs.

En résumé, les caractères principaux de cette affection sont : la symétrie, la forme diffuse, les localisations spéciales, électives, des masses tumorales.

Les symptômes fonctionnels sont peu marqués : quelques tiraillements, quelques douleurs. Pas de gêne dans les mouvements malgré le volume de ces masses. On a noté dans quelques observations des troubles de compression médiastinale. légère dyspnée, raucité de la voix, toux, dilatation veineuse thoracique.

Presque pas de troubles généraux, quelquefois une sensation de fatigue, d'asthénie, une légère hypertrophie de la rate, faits qui seraient en faveur de l'origine lymphatique de l'affection.

II. — Les lipomes profonds.

Les lipomes profonds présentent, à peu de chose près, la même symptomatologie que les superficiels.

Déformation de la région, mais jamais aussi accentuée, ils restent toujours de volumes moindres. Leur consistance molle, et leur forme lobulée est plus difficile à percevoir, masquée par la présence, au-devant de la tumeur, de muscles et d'organes plus superficiels,

Leur mobilité est moins nette, il faut rechercher si la masse ne suit pas les mouvements du larynx dans la déglutition. L'auscultation doit être faite car on pourrait croire à un lipome profond, mal limité, quand il s'agit d'un anévrisme développé soit aux dépens de l'artère sous-clavière, soit aux dépens de la carotide primitive.

Bien qu'ils ne gênent guère le sujet, les lipomes profonds donnent, plus souvent que les superficiels, et cela se comprend, des troubles de compression.

La tumeur peut déjeter le larynx en dehors et provoquer une gêne respiratoire notable. Si le développement graisseux s'étend plus profondément, il peut survenir de la dysphagie qui aggravera souvent l'état nerveux du sujet. Les vaisseaux eux-mêmes sont atteints.

En 1872, Guérin (*Traité de chirurgie*, t. I, p. 435) signale un cas de lipome très douloureux par la compression des vaisseaux et des nerfs; à la suite de la compression des récurrents peuvent exister des troubles de la phonation. Les signes généraux sont nuls ou à peu près. Ces tumeurs évoluent sans fièvre et seul un léger amaigrissement est de règle.

MARCHE — COMPLICATIONS

Les lipomes du cou étant des tumeurs essentiellement bénignes, cela suffit à faire penser que leur évolution doit être lente, sans à-coups, qu'on peut suivre la tumeur durant toute son évolution.

Mais si la marche progressive, lente, du lipome est de règle, il n'en est pas toujours ainsi.

Sous une influence mal déterminée, pour une cause passée inaperçue, la tumeur peut acquérir des caractères nouveaux et par saccades, ou, en peu de temps, s'accroître très rapidement.

Hallopeau et Jeanselme (*Société de dermatologie et de syphiligraphie*, 16 février 1893, p. 493) présentent une observation dans laquelle le lipome avait évolué en quelques jours et atteint un volume assez considérable. Au contraire, dans beaucoup d'autres cas, il faut des années pour que la tumeur atteigne un volume assez appréciable.

L'évolution du lipome peut être aggravée par une série de complications en dehors de celles qui tiennent au développement exagéré de la tumeur.

Tout d'abord, comme le lipome est formé de trois éléments, faisceaux conjonctifs, cellules adipeuses et vaisseaux, il s'ensuit qu'un de ces trois éléments peut prendre un développement exagéré. Seul, le lipome télangectasique est important, car lors de son ablation il y a un écoulement sanguin considérable.

Quant à la transformation maligne du lipome, aucun cas certain n'a été rapporté.

La peau, en certains endroits, d'un lipome d'un gros volume peut être atteinte d'intertrigo, peut s'ulcérer, et, de la sorte,

la tumeur peut s'enflammer. C'est une complication qui assombrit le pronostic.

De même, lorsque la tumeur tend à se pédiculiser par son poids, elle peut tirailler les vaisseaux du pédicule et gêner la circulation locale du sang; il peut en résulter un sphacèle plus ou moins étendu, non négligeable pour le pronostic.

Enfin, la tumeur peut engendrer des troubles de compression sur la partie supérieure de l'arbre respiratoire.

Les adéno-lipomes, décrits par Launois et Bensaude, croissent insensiblement ou par poussées. Lorsqu'ils ont atteint un certain volume, ils restent stationnaires. Cependant, sous l'influence de causes inconnues, ces tumeurs peuvent augmenter assez brusquement de volume, et, de même, diminuer. Les variations alternatives de volume qui s'observent dans les adéno-lymphocèles sont une confirmation de plus pour l'hypothèse de l'origine vasculaire lymphatique des adéno-lipomes.

Mais s'il existe en faveur de cette théorie des faits positifs : Askanazy, Pierre Delbet, ont trouvé des débris de ganglions au milieu de lipomes qu'ils avaient enlevés; toute une série de faits négatifs, dans lesquels les tumeurs ne renfermaient pas de trace de tronc lymphoïde, viennent à son encontre et la détruisent (Tuffier, Reclus, Lejars).

PRONOSTIC

Le pronostic dépendra de la possibilité de l'intervention, car il est des cas où l'on peut enlever aisément et entièrement une tumeur lipomateuse, il en est d'autres, comme dans les lipomes profonds du cou, où l'intervention est difficile; difficile plus encore dans les lipomes diffus, où la tumeur se continuant avec le tissu cellulo-adipeux voisin, son extirpation complète est presque impossible, et alors le lipome peut se reproduire.

Malgré cela, dans la majorité des cas, le pronostic est favorable. La tumeur, en effet, est plutôt une infirmité pour le patient qu'une maladie. Seules, en effet, la gêne et la difformité sont souvent les indications opératoires.

Mais dans l'adéno-lipomatose diffuse, on ne peut entreprendre l'extirpation de toutes les masses lipomateuses. Cependant, si ces tumeurs deviennent par trop grosses ou par trop gênantes pour le malade, on peut envisager une intervention chirurgicale.

Elle aura pour but de contenter le patient au point de vue esthétique, dans un cas, en réduisant partiellement la difformité de son cou, ou, dans un autre cas, de le soulager, d'améliorer son état.

Toutefois, l'avenir de ces malades reste subordonné à l'action du traitement médical, dont nous parlerons ultérieurement, et qui semble donner chez eux des résultats assez satisfaisants.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic d'un lipome semble assez facile. Mais cependant les erreurs sont fréquentes.

Lorsqu'on est en présence d'une tumeur de petit volume, encapsulée, dont la palpation nous a révélé les limites précises, la consistance pâteuse ou légèrement fluctuante, la forme lobulée, le clinicien devra penser à un lipome circonscrit et éliminer rapidement les *kystes sébacés*, adhérant à la peau, et les *adénites*, de consistance plus dure et presque toujours un peu sensibles. Il s'appuiera, en outre, sur l'absence de fièvre, d'altération de l'état général. Le tableau symptomatique nous indique la bénignité de l'affection, même si le lipome se développe lentement, progressivement.

Nous allons essayer de montrer comment, en face d'une tumeur cervicale, on arrive au diagnostic de lipome, et à la connaissance approximative de l'étendue des lésions. Puis nous verrons le diagnostic de l'adéno-lipomatose diffuse.

C'est sans symptômes généraux, comme nous l'avons dit, que se développent les lipomes du cou, et en particulier sans fièvre. Ceci nous permettra d'écarter, après un examen rapide, les *abcès chauds*, les *adéno-phlegmons*.

De même, l'état général de ces malades n'étant pas atteint; ne relevant chez eux aucun changement notable de la santé, il sera aisé d'éliminer les *tumeurs ganglionnaires*, qui surviennent à une période avancée de certaines maladies.

Mais nous avons affaire à un sujet en bonne santé apparem-

ment. A quoi pouvons-nous penser ? Il peut exister au cou des *tumeurs solides*, des *tumeurs liquides*.

Les tumeurs liquides.

Les abcès froids pourront en imposer pour des lipomes de petit volume. S'ils sont assez gros, la fluctuation devient assez évidente pour éloigner de l'esprit l'idée de lipome.

Abcès froids d'origine vertébrale. Rechercher alors les points douloureux osseux. Abcès froids d'origine ganglionnaire : le malade souvent raconte qu'à cet endroit il avait autrefois de petites grosseurs ou une grosseur roulant sous le doigt.

Les anévrysmes. — On remarquera les battements, l'expansion de la tumeur. A l'auscultation, souffle caractéristique.

Les kystes. — Les kystes congénitaux sont multilobés, indolents, et leur caractère de congénitalité permet de les confondre avec les lipomes congénitaux. Ce n'est souvent que la ponction, ou même seulement lors de l'intervention, qu'on peut les différencier.

Quant aux *tumeurs hydatiques*, elles se manifestent par l'absence de douleur, un accroissement lent, régulier, et peuvent atteindre un volume considérable. Pour elles la ponction serait dangereuse. Les réactions de Weimberg et de Cazzoni permettront de mieux fixer le diagnostic.

Les tumeurs solides.

Des *masses ganglionnaires*, sous-maxillaires, parotidiennes, ou prévertébrales engorgées pourront présenter une consistance molle, parfois une fluctuation presque évidente. Mais il y aura tendance à l'ulcération et accompagnement de douleurs vives, non comparables avec la gêne ou la compression que déterminent les masses graisseuses.

Lorsque la tumeur est grosse, diffuse, mal limitée, s'infiltrant dans la profondeur, le diagnostic devient hésitant. Et si le lipome est profondément situé, soulevant au-devant de lui les

muscles et les organes de la région, qui le masquent, il est presque impossible, et ce n'est qu'à l'intervention qu'on reconnaîtra la nature lipomateuse de la tumeur.

Cependant, il faudra chercher l'adhérence à la trachée; si la masse ne suit pas les mouvements de déglutition : signe d'importance capitale, permettant de reconnaître une *tumeur du corps thyroïde*. Si la tumeur est dure, fixe, d'accroissement rapide, si les troubles de compression se manifestent tôt et s'accroissent progressivement, si l'état général s'altère rapidement, nous pensons à un *néoplasme* développé au dépens d'un organe de la région cervicale.

Les *lymphadénomes* ne présentent une ressemblance avec les lipomes qu'à la dernière période, au moment où ils fusionnent, où ils forment une masse immobile, diffuse, qui provoque alors des désordres généraux, des troubles fonctionnels de la douleur. Et, en interrogeant le malade, nous apprendrons que le début de l'affection remonte à peine à quelques mois, que l'envahissement s'est fait d'une façon progressive, rapide.

Enfin, peut-on confondre lipome et *sarcome* ? Oui, si l'on a affaire à un sarcome de consistance molle, pseudo-fluctuante. Mais il est immobile, adhérent profondément, et très vite des signes de malignité apparaissent : douleurs, dysphagie, gêne respiratoire, dues à la compression des nerfs et des viscères et à leur envahissement.

Il faudra également différencier le lipome du lymphangiome, affection à laquelle il ressemble, et avec laquelle il est parfois combiné.

C'est avec le lymphangiome cutané profond que l'erreur peut être possible, il forme en effet une tumeur à limite plus ou moins diffuse, à consistance pâteuse, mais pouvant cependant devenir ligneuse.

C'est une masse indolente, sauf au moment de poussées congestives que l'on observe quelquefois à chaque changement de saison, se traduisant par une sorte de turgescence qui dure deux à trois semaines.

La peau est normale, un peu violacée cependant, et en même

temps que les poussées congestives cette coloration violette augmente pour régresser par la suite.

Le lymphangiome enfin existe dès la naissance ou apparaît dès la première enfance, pour s'accroître par la suite lentement ou par poussées.

Ces derniers caractères joints à la consistance pâteuse de la tumeur et le résultat fourni par la ponction permettront d'établir le diagnostic différentiel.

En résumé, nous voyons que souvent, pour les lipomes profonds, le diagnostic peut s'égarer, présenter de sérieuses difficultés. La ponction sera l'auxiliaire précieux, si l'on prend naturellement les précautions voulues, qui nous aiguillera sur la voie du diagnostic certain.

Le diagnostic de lipome étant fait, peut-on rechercher ses limites ?

C'est très difficile, car un lipome semblant limité peut envoyer des ramifications profondes, qui englobent les muscles et les vaisseaux, transformant la région en une éponge grasseuse. Ce n'est guère qu'en se basant sur les symptômes de compression que l'on peut soupçonner l'étendue des lésions, et, malgré tout, l'intervention révèle parfois au chirurgien des surprises désagréables.

Le diagnostic de l'adéno-lipomatose diffuse de Launois et Bensaude est généralement facile à la période d'état.

On la différenciera rapidement de l'*obésité*, qui ne donne point de déformations aussi monstrueuses, qui est généralisée, et non cantonnée à des zones électives.

Les *lipomes congénitaux* se distinguent par leur apparition précoce dans le jeune âge, alors que l'adéno-lipomatose ne survient que chez l'adulte et assez tard.

Les *pseudo-lipomes sus-claviculaires* décrits par Potain et Verneuil, chez les arthritiques. Plus fréquents chez la femme, ils siègent dans les régions sus-claviculaires, apparaissent soudainement, coexistent avec de l'œdème sous-cutané et avec d'autres manifestations arthritiques et rhumatismales.

Enfin, le diagnostic le plus difficile est celui de l'*adéno-lym-*

phocèle. On a affaire là aussi à des tuméfactions indolores symétriques, molles, au milieu desquelles on sent des noyaux indurés et, à la périphérie, de petits ganglions. Ces tumeurs présentent aussi des variations brusques de volume. Mais, caractères distinctifs, on n'a jamais observé d'adéno-lymphocèle à la nuque, au dos, où les ganglions font défaut. Cependant d'après Launois et Bensaude même, ces deux affections sont voisines, et il y a plus entre elles qu'une ressemblance.

TRAITEMENT

En face de ces tumeurs du cou, quelle sera notre conduite ?

Elle dépendra du lipome auquel nous aurons affaire. Si c'est un lipome de petit volume, isolé, l'extirpation est indiquée. L'opération est facile, aussi à quoi bon attendre ? C'est à ce moment, au contraire, qu'il faut agir, et non temporiser.

Du reste, quel inconvénient y aurait-il à agir rapidement ? Aucun ! Il n'y a que des avantages réels. On débarrasse le malade d'une tumeur disgracieuse et qui, si l'on attendait, ne pourrait que lui occasionner des désagréments.

De plus, en toutes choses, l'erreur est si près de la vérité que quelquefois, en temporisant, on pourrait arriver à de funestes effets.

Pour ces petites tumeurs, la cautérisation n'est pas à conseiller, car elle est lente, douloureuse; pas plus que la ligature, que l'on pourrait employer pour les tumeurs pédiculisées.

Seule, l'ablation est indiquée, avec une incision assez large permettant de mettre bien à jour la région sur laquelle on intervient.

Pour ce qui est des autres lipomes, l'indication opératoire variera selon la masse de la tumeur que l'on aura devant soi.

Quand on a affaire à un lipome de moyen volume, quelle que soit la région qu'il occupe, le chirurgien ne doit pas s'abandonner à employer des moyens médicaux dont les effets, s'ils ont donné des résultats, comme il est prouvé dans une observation que nous rapportons, sont, la plupart du temps, nuls. Ce retard apporté à l'intervention peut permettre à la tumeur de prendre une extension plus considérable. En effet, les lipomes

ayant une marche progressive, quoique lente, peuvent, avec le temps, amener des troubles fonctionnels de compression.

L'opération, sans être d'une urgence extrême, est nécessaire. L'anesthésie locale, pour les tumeurs de petit volume et circonscrites, est suffisante. Une incision elliptique englobant la tumeur, on dissèque facilement la capsule fibreuse à la sonde cannelée. Quelques pédicules vasculaires sont liés et l'on re-ferme sans drainer. Les suites sont excellentes et la guérison rapidement obtenue. Aucune récurrence n'est à craindre, la tumeur étant encapsulée.

Mais c'est sous anesthésie générale que l'on devra procéder pour les lipomes diffus, car la tumeur envoie des fusées graisseuses à travers les muscles englobant les paquets vasculo-nerveux, de sorte que l'opération devient quelquefois pénible, laborieuse.

Après l'incision de la peau, qui doit dépasser les limites de la tumeur, on tombe sur un tissu graisseux, qu'on enlève avec précaution, car souvent des organes importants sont contenus à l'intérieur.

On cherchera à enlever toutes les traînées graisseuses.

Mais, malgré le soin qu'un opérateur peut apporter dans cette intervention, il n'est jamais certain d'avoir tout enlevé. De là les causes de récurrences qui, maintes fois, ont été signalées.

Si, maintenant, on se trouve en présence d'un lipome diffus dont le volume est considérable, il ne faut pas songer à l'extirpation complète de la tumeur en raison de l'étendue, aussi bien superficielle que profonde, de cette dernière.

Si le malade ne présente aucun trouble, si dans sa profession il n'est point empêché de gagner sa vie, si vraiment l'esthétique lui est indifférente et qu'il se refuse à toute intervention, il vaut mieux s'abstenir de toutes les médications externes qui ont été proposées, telles que pommades à l'iode de mercure, badigeonnages à la teinture d'iode, etc., traitements inefficaces et qui, d'ailleurs, seront vite abandonnés par le malade, devant leur insuccès.

On pourra cependant essayer l'opothérapie thyroïdienne pré-

conisée par Hayem, Schuchardt, Launois et Bensaude, qui ont obtenu quelques résultats appréciables.

Mais on doit complètement changer de conduite si la tumeur amène des troubles chez le malade et le gêne dans sa vie; on doit pratiquer alors une extirpation partielle. On enlèvera la partie de la tumeur qui semble être la cause déterminante de symptômes alarmants ou qui nuit à l'individu par la gêne qu'elle apporte.

En résumé, dans les lipomes circonscrits, l'intervention chirurgicale est tout indiquée, car elle est rapide, sans danger, n'offrant au malade que des avantages, et il n'y a pas de récidives.

Pour les lipomes diffus, l'idée de récidive ne doit pas arrêter la main du chirurgien.

L'opération comportera évidemment des risques plus grands, en raison des prolongements de la tumeur, qu'il faudra poursuivre jusqu'au voisinage des paquets vasculo-nerveux ou d'organes importants, mais, que l'extirpation soit complète ou partielle, les risques opératoires seront largement compensés par le bénéfice que retirera le malade de l'intervention.

Dans l'adéno-lipomatose diffuse, la multiplicité des tumeurs, la difficulté éprouvée par les chirurgiens pour les extirper complètement, car il est des cas où ces masses adipeuses, en apparence peu développées, poussent profondément des ramifications, le voisinage de nerfs, de vaisseaux, d'organes importants de l'économie d'une part, d'autre part la bénignité de l'affection, ont encouragé les médecins à chercher un traitement médical. Ce traitement devait tâcher d'enrayer la marche de l'affection et de faire régresser ces masses graisseuses.

Hayem, Schuchardt, Launois et Bensaude ont préconisé l'opothérapie thyroïdienne associée à la médication arsénicale et ont obtenu, par ces moyens, des résultats appréciables, mais jamais la disparition complète des adéno-lipomes.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I.

(LARDIER, de Rambervillers, *sur l'hérédité du lipome*, *Revue médicale de l'Est*, 1884, p. 273.)

M. A... épouse la sœur de M. B...; B... épouse la sœur de A... (ce fait peut se rencontrer quelquefois). A... et B... sont beaux-frères à double titre. On ne peut désirer de famille plus intimement unie pour permettre au médecin de suivre, dans la descendance de l'un et de l'autre ménage, la filiation des manifestations héréditaires et constitutionnelles. A..., qui vit encore, est indemne de toute influence diathésique. Sa femme est lipomateuse. Le ménage B... semble ne présenter aucune tare organique.

Suivons de chaque côté la filiation : du premier mariage naît une seule fille, chez laquelle se développent avec le temps divers lipomes. Surviennent deux petites filles qui présentent, l'une des accidents de coliques hépatiques, l'autre des lipomes multiples, mais de petit volume. Toutes deux se marient à leur tour et présentent toutes deux comme suite de couches des ulcérations du col de l'utérus.

Du second mariage naissent 7 enfants, 3 garçons et 4 filles, ~~et~~, chose remarquable, toutes les filles sont lipomateuses à des degrés divers. Chez les garçons on ne constate aucune tumeur adipeuse, mais tous les trois présentent une constitution arthritique.

OBSERVATION II.

(Observation du Docteur OZENNE, sur un cas de lipome déterminé par un traumatisme, *Journal de Paris*, 1889, p. 341.)

Lipome de la nuque.

Heully, 28 ans, tapissier, faisant autrefois le métier de charpentier. Il y a huit ans, il travaillait courbé, lorsqu'un morceau de chêne de 0 m. 80 de longueur sur 0 m. 30 de largeur et 0 m. 15 d'épaisseur lui tomba sur la nuque. Une tuméfaction assez grosse apparut les jours suivants, puis elle diminua avec le temps, mais ne disparut pas complètement. Il resta pendant cinq ans une nodosité de la grosseur d'une noisette qui, depuis trois années, a pris un tel volume qu'actuellement elle offre celui d'une tête de fœtus.

OBSERVATION III.

(HUQUIER, *Société de chirurgie*, 7 mai 1885.)

Le 25 octobre 1854 est entré à l'hôpital Beaujon le nommé Cambouze (Jacques-Hippolyte), 55 ans, paveur, né à Paris.

A toujours joui d'une excellente santé. Père mort à 87 ans, mère morte à 67 ans (hémorragies utérines répétées).

Deux sœurs qui se portent bien. Jamais d'affection semblable dans sa famille.

Il y a six ans, après une chute, il s'aperçut de la présence d'une tumeur qui débutait au côté gauche et en haut de la nuque, vers les insertions supérieures des muscles postérieurs du cou.

Cette tumeur a grossi toujours et n'a pas tardé à être accompagnée de beaucoup d'autres qui sont venues insensiblement et dont plusieurs sont d'un volume considérable.

Elles ont une consistance, l'aspect, la forme et tous les caractères du lipome; leur nombre est considérable, il y en a sur presque tout le corps, au tronc, aux membres, distribuées symétriquement.

Quelques-unes sont impaires, sous la mâchoire et au palais par exemple.

Malgré cela, cet homme jouit d'une excellente santé : bon appétit, sommeil, etc.

Le mouvement seul est gêné dans plusieurs sens. Il existe deux tumeurs de chaque côté du maxillaire inférieur; volume d'une petite orange.

Deux de chaque côté de la partie antérieure du cou et une impaire sur la ligne médiane, de même volume.

Les autres lipomes, disséminés sur le reste du corps, sont au nombre de 40 pour les pairs et de 3 pour les impairs, ce qui porte à 43 le nombre de ces tumeurs chez cet homme.

OBSERVATION IV.

(MERLIN, *Loire médical*, Saint-Etienne, 1891, X, p. 333-338.)

Lipome diffus du cou et de la nuque.

M... (Martin), homme de 50 ans, passementier, sans antécédent. Père mort d'une pneumonie à 47 ans, mère morte à 68 ans d'une affection indéterminée; 4 frères et 4 sœurs en bonne santé.

Cet homme est vigoureux, a les muscles bien développés, n'a aucune tendance à l'obésité, est marié, a fait son service militaire, est père d'un garçon de 20 ans en parfaite santé. On ne retrouve aucune trace d'alcoolisme ou de syphilis; n'est ni arthritique, ni rhumatisant.

Le début du gonflement du cou et de la nuque remonte à quinze ans. A cette époque, il a commencé à apercevoir dans la région parotidienne, au-dessous de l'angle de la mâchoire, une petite tumeur grosse comme une noisette. Pendant longtemps elle reste une petite masse formant un tout très perceptible, mais depuis trois ans, sans cause apparente, de nouvelles tumeurs ont apparu dans les régions sus et sous-hyoïdiennes et sus-claviculaires : une véritable poussée aiguë s'est produite.

Le malade devient inquiet, et va trouver le médecin, qui lui a

conseillé une intervention chirurgicale. Il est admis à l'Hôtel-Dieu le 15 septembre 1891.

A son entrée :

Tout le côté gauche du cou, jusqu'à la nuque, est très volumineux. On a une masse énorme, s'étendant sous la forme d'un quadrilatère du lobule de l'oreille à la symphyse mentonnière et descendant en bas jusqu'au voisinage du sternum pour remonter vers la nuque.

Le cou, de profil, est énorme, parce qu'à la nuque s'étend un autre lipome sur une étendue de cinq travers de doigt à partir de la base de l'occipital et symétriquement des deux côtés. La circonférence du cou est de 51 centimètres. Derrière l'oreille, un peu audessous de l'apophyse mastoïde, on sent une petite tumeur bien moins grosse que les autres et même à peine appréciable à la vue.

La peau est d'apparence normale : ni rougeur ni circulation veineuse très marquée. La région est bosselée.

On ne note ni de dyspnée, ni de dysphagie, par contre des céphalgies persistantes. Le palper n'est pas douloureux. La tumeur est consistante, mais par endroits on note de la fluctuation; cette fluctuation n'est pas celle déterminée par les collections liquides.

On délimite trois masses distinctes en embrassant les tumeurs avec les doigts.

- 1° Celle qui va du lobule de l'oreille à la région sous-maxillaire;
- 2° Celle qui descend vers la région sus-claviculaire;
- 3° Enfin la moins volumineuse, la plus ferme circonscrite, est sous-mentonnière.

Ces masses se déplacent facilement; on ne peut savoir cependant si elles sont adhérentes aux plans profonds. Pas de pulsation, pas de souffle à l'auscultation, pas de douleurs locales irradiées le long des nerfs du membre supérieur.

Bonne santé générale; léger amaigrissement cependant depuis deux à trois mois.

A quoi penser ? Lipomes diffus multiples ! pas de mollesse et de fluctuation ! Des kystes ? sarcome, non ? C'étaient bien les signes, mais il y a de l'indolence et un bon état général !

Opéré le 20 octobre par le Docteur Duchamp. — La tumeur mentionnée s'énuclée facilement, nettement lipomateuse. Celle qui se trouve au voisinage de l'angle du maxillaire dans la région parotidienne est plus diffuse : placée sous l'aponévrose cervicale superficielle, se confond avec le tissu cellulaire de la région, avec la parotide elle-même. Dissection laborieuse, ablation complète impossible.

On suture la plaie en y mettant deux drains, de la gaze iodofornée. Cinq jours après, la cicatrisation est presque complète. Une semaine après la plaie est cicatrisée.

OBSERVATION V.

(PHOCAS, *Nord médical*, avril 1898, p. 232 à 234.)

(Clinique chirurgicale du Docteur PHOCAS.)

Lipomes du cou.

A côté d'un cas de lipomes multiples et symétriques, il rapporte l'observation suivante d'un gros lipome circonscrit et opérable.

Mme X..., 45 ans, m'est adressée par un excellent confrère et ami le Docteur Chérigé pour une grosse tumeur du cou. Cette tumeur siège au niveau de la région sus-claviculaire droite. Elle occupe à ce niveau, par sa base, tout le triangle sus-claviculaire, mais elle se prolonge en arrière, derrière le trapèze, et s'y insère par une base très large. De là, la tumeur descend, ainsi que le montre le dessin fait par M. Duval, sous forme d'une grosse mamelle lipolée devant le thorax et arrive jusqu'à la mamelle.

La longueur de cette tumeur est de 25 centimètres, sa largeur de 20 centimètres, sa circonférence de 47. La forme de la tumeur est ovoïde en général, mais divisée en trois lobes, dont le plus extrême est le plus volumineux, et le moyen le plus petit. Elle présente, à considérer, deux faces, l'une antérieure, légèrement bosselée, recouverte d'une peau parcourue de veinosités, l'autre postérieure, qu'on peut voir en soulevant la tumeur, en rapport avec l'épaule du même côté et avec le thorax.

A ce niveau, la peau, par suite des frottements, a été irritée et présente un peu d'érythème.

De ces deux extrémités, l'une est libre, arrondie, régulière, et regarde vers le bas, l'autre sert de base ou de point d'implantation de la tumeur au cou.

Cette base, entièrement située au-dessus de la clavicule, ne contracte aucune adhérence avec la région sous-claviculaire. Elle soulève le sterno-mastoïdien et s'infiltré dans le trapèze.

La tumeur était donc pour ainsi dire pédiculée, mais son pédicule était très large, sans arriver à égaler la circonférence de l'extrémité inférieure. La consistance de cette tumeur est intéressante à connaître. Elle offre à la palpation la sensation lobulée caractéristique du lipome et la consistance molle pseudo-fluctuante, mais par place la consistance devient très dure, presque pierreuse.

Le 2 août 1898, avec l'aide du Docteur Chérigé, se pratique l'extirpation de la tumeur; après l'anesthésie et l'antisepsie d'usage, se ménagent deux lambeaux de peau pour couvrir la perte de substance et se décortique la tumeur. Cette décortication se fait avec la plus grande facilité du côté du creux sus-claviculaire, elle est plus laborieuse sous le trapèze. Pour enlever complètement la tumeur, il m'a fallu dénicher le sterno-mastoïdien et le trapèze. Je remis ensuite la peau à l'aide d'une vingtaine de points de suture.

Les suites opératoires ont été très simples, la malade a guéri par première intention, quittant la maison de santé, quinze jours après.

La tumeur enlevée pesait 3 kg. 600. Elle était formée d'une grande quantité de lobules adipeux, séparés par des cloisons fibreuses plus ou moins résistantes.

Sur les points qui, à la palpation, étaient durs on trouve des lobules adipeux renfermés dans une coque calcifiée sur laquelle le couteau crie.

C'était donc la calcification du lipome qui donnait lieu à cette résistance insolite à la palpation.

Le diagnostic de la tumeur que je décris n'offrait guère de difficultés; une tumeur lobulée presque pédiculée, ayant mis dix ans pour se développer, ne pouvait être qu'une tumeur bénigne. Sa consistance, son état de lobulation cadraient bien avec l'idée de lipome.

Les portions dures de la tumeur pouvaient faire soupçonner une

dégénérescence maligne récente de la tumeur, si la malade ne nous affirmait d'une manière catégorique que sa tumeur a augmenté régulièrement de volume et n'a pas subi d'augmentation rapide dans ces derniers temps.

Dans l'article *Cou* du *Dictionnaire de Dechambre*, dû à Gillette, se trouvent consignés un certain nombre de faits de lipomes nom-breux du cou, variété dans laquelle peut être rangée notre tumeur. Un lipome opéré par Nelaton pesait 2.405 grammes. Le lipome dessiné par Evariste Barbin mesurait 43 centimètres au pourtour de son grand diamètre, Burgen rapporte l'observation d'un lipome des parties latérales du cou atteignant 29 livres. Celui opéré par Jackson pesait 29 livres.

Le nôtre pesait 7 livres. Dans le lipome dessiné par Barbin, on rencontrait sur le ventre une portion inégale, bosselée, résistante, dont la dureté pourrait être assimilée à celle du cartilage. C'est absolument la sensation que nous avons décrite sur notre lipome.

On discutait encore, au moment où Gillette a écrit son article, s'il est avantageux de réunir la plaie résultant de l'ablation de ces lipomes, et l'on mettait en garde contre la dénudation des grosses veines, susceptibles de déterminer ces phlébites mortelles comme dans une observation communiquée à Nicaise par Ollier.

A l'heure actuelle, il est presque inutile de dire que la réunion est de rigueur et qu'elle réussit toujours si des précautions antiseptiques ont été prises.

Ces thromboses seront sûrement évitées si l'on se conforme aux règles d'une bonne asepsie.

OBSERVATION VI.

(Lucien PICQUÉ, *Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie de Paris*, 1903, p. 836.)

Fibro-lipome périostique de la nuque. Ablation. Guérison.

L... (J.-B.), 54 ans, journalier, entre au mois de juin dernier à l'Hôpital Bichat, porteur d'une volumineuse tumeur de la région cervicale.

Les antécédents de ce malade n'offrent rien de spécial : ni tuberculose, ni syphilis, ni alcoolisme. Il tousse un peu l'hiver. Depuis quelques mois, il aurait un peu maigri.

Il présente une volumineuse tumeur de la région de la nuque, étendue supérieurement jusqu'à une ligne horizontale qui raserait le bord supérieur du pavillon de l'oreille. En bas, elle surplombe la première dorsale. En avant et à gauche, elle confine à la région parotidienne, atteint presque l'angle de la mâchoire.

Cette tumeur est nettement trilobée, présentant deux lobes à droite et un lobe à gauche, plus volumineux. L'indépendance entre les deux lobes droits est plus marquée qu'entre le lobe gauche et le lobe inférieur droit. Sa consistance est molle, mais non fluctuante. Il y a adhérence de cette tumeur à la fois avec la peau et le plan profond.

L'adhérence au plan profond est surtout marquée à droite. Il n'y a pas de circulation veineuse sous-cutanée apparente.

Le malade ne donne que des renseignements très vagues sur le début de son affection. Il a toujours eu, dit-il, le « cou gros », mais c'est seulement depuis trois mois qu'il a pris le volume qu'il présente aujourd'hui.

Il ne ressent, au surplus, aucune douleur, et c'est le volume de cette tumeur qui l'amène seul aujourd'hui à se faire opérer. Il ne présente du reste aucune tare organique; son foie et ses reins sont en bon état.

Il y a un peu d'emphysème pulmonaire et quelques râles de bronchite aux deux bases.

Le diagnostic de fibro-lipome de la nuque est porté : on décide une intervention, qui a lieu le 28 juin.

Cette intervention est faite en deux temps. Dans un premier temps, on fait une première incision à droite, qui permet de constater qu'il s'agit bien d'une tumeur lipomateuse.

Ces deux tumeurs sont enlevées; l'inférieure adhère à l'aponévrose, la supérieure adhère à l'occipital sur toute l'étendue de la ligne semi-circulaire supérieure.

Une seconde incision prolonge la première du côté gauche, incision qui découvre toute la tumeur très adhérente à la profondeur.

La zone d'adhérence s'étend au tiers inférieur du périoste de l'occipital et à toute l'étendue de l'aponévrose occipitale.

L'hémostase est assez pénible.

Les suites opératoires furent extrêmement simples, et quinze jours après, le malade, complètement guéri, partait à Vincennes en convalescence.

OBSERVATION VII.

(Docteur PÉRAIRE, *Bulletins et mémoires de la Société d'anatomie de Paris*, 1903, p. 748.)

Lipome cervical, congénital.

J'ai l'honneur de présenter un lipome congénital de la nuque, enlevé chez un enfant, le jeune B... (Raymond), âgé de 2 ans et 1/2, 11, rue de l'Eglise.

Cette tumeur est divisée en deux lobes, séparés par une sorte d'isthme. Elle est du volume d'une petite mandarine. Elle s'était montrée dès la naissance. Elle était manifestement lobulée à la palpation. L'ablation en a été faite le 23 juillet 1903, au Dispensaire de Grenelle.

La tumeur était intimement liée au muscle trapèze, dont on peut voir les fibres sur la surface du lipome. Réunion immédiate aux crins de Florence. Guérison le 30 juillet.

La tumeur n'a d'autre intérêt que d'être congénitale et intramusculaire.

OBSERVATION VIII.

(PETIT, *Sur le pseudo-lipome sus-claviculaire*, *Gazette hebdomadaire de médecine et chirurgie*, Paris, 1883, p. 838.)

J..., 51 ans, robuste cultivatrice, n'a jamais eu de rhumatisme articulaire, mais, pendant une vingtaine d'années, tous les mois et même deux fois par mois, de violents maux de tête, des douleurs gravatives sus-orbitaires et, plus tard, des douleurs dans les bras, surtout dans le bras gauche, il y a six ans. Les urines ne contiennent ni sucre, ni

albumine, mais la malade présente, sur le cou-de-pied droit une large plaque d'eczéma chronique.

La tumeur a débuté il y a quinze ans, près du bord supérieur du trapèze, dans le creux, sus-claviculaire gauche; elle avait alors la grosseur d'une noix. Depuis, elle s'est développée surtout dans le sens vertical, où elle mesure 20 centimètres, et 12 centimètres transversalement; elle passe sur et sous la clavicule, dont on sent à peine le tiers externe et en dedans atteint le faisceau claviculaire du sterno-mastoidien; en bas, elle occupe la partie interne de la région sous-claviculaire; en haut, elle déborde un peu le bord supérieur du trapèze. Elle a la consistance du lipome. La peau est saine et n'adhère pas aux parties profondes.

La malade n'a jamais été incommodée par la tumeur; quelquefois seulement un peu de raideur dans le cou; pas de phénomènes de compression; pas de gêne; pas de fourmillements douloureux dans le bras. Quelques dilatations veineuses sur la tumeur.

OBSERVATION IX.

(BESSON, *Journal de la Société de médecine de Lille*, 1910, t. I, p. 241).

Enorme lipome de la nuque de 18 livres chez vieillard de 85 ans. Extirpation. Guérison.

En mai 1907, B..., âgé de 85 ans, m'était adressé pour une tumeur de la nuque et du dos qu'il portait depuis très longtemps.

Dans les dernières années, le développement s'en était accru dans de telles proportions que l'entourage du patient l'avait énergiquement poussé à réclamer une extirpation totale.

Je me hâte d'ajouter que cette décision n'avait été prise qu'avec un regret très marqué par l'intéressé lui-même, qui ne voulait pas se séparer de son énorme tumeur, dont il racontait très volontiers l'histoire.

Il y a plus de trente-cinq ans, il avait remarqué au toucher, dans la région de la nuque, une tuméfaction indolente et molle de la grosseur d'une petite orange; à plusieurs reprises, l'ablation en avait

été proposée, mais il l'avait toujours refusée. Le volume s'en était progressivement accru, surtout dans ces dernières années; mais il n'avait jamais souffert. Bien au contraire, il s'y était si parfaitement adapté qu'elle lui servait d'un très utile oreiller.

A l'examen, la tumeur offrait l'aspect d'une énorme sphère suspendue par un large pédicule à la région postérieure du cou et à la partie supérieure du dos. Le poids en faisait saillir les insertions occipitales, et les insertions latérales s'étendaient jusqu'à la partie moyenne de l'épine de l'omoplate; le pôle inférieur atteignait les dernières vertèbres dorsales. Il était facile de soulever la masse sans provoquer la moindre gêne.

Les dimensions principales étaient les suivantes :

Hauteur, 49 centimètres;

Largeur, 36 centimètres;

Plus grande circonférence, 76 centimètres;

Circonférence de pédicule, 50 centimètres.

La tumeur avait la consistance habituelle des lipômes, mais la partie supérieure gauche en était notablement plus consistante; les téguments, généralement de coloration normale, présentaient quelques zones plus foncées correspondant à la pression des vêtements. L'aspect le plus remarquable était donné par l'existence de réseaux veineux, très développés, qui serpentaient irrégulièrement, surtout au niveau de la moitié droite de la tumeur; réseaux dont les photographies donnent une nette indication. Cette volumineuse tumeur, qui représentait une notable partie du poids total, peu élevé, de notre sujet, avait conduit celui-ci à prendre dans la marche une attitude caractéristique de compensation, c'est-à-dire une inclinaison en avant assez prononcée. Le malade donnait ainsi l'illusion complète de porter sur son dos un lourd fardeau.

Le diagnostic de lipomé s'imposant sans discussion, l'extirpation complète fut décidée, malgré le grand âge du sujet, en raison surtout de l'énorme volume de la tumeur et de l'accroissement rapide qu'elle avait récemment subi. L'intervention fut pratiquée à l'Hôpital de la Charité par M. le Professeur Duret.

Après anesthésie au chloroforme, une incision elliptique circonscrivant tout le large pédicule fut pratiquée; un aide, soutenant la

tumeur à deux mains, la déplaçait ou la soulevait suivant les indications du chirurgien. Une abondante hémorragie se produisit aussitôt, mais fut facilement arrêtée par la pose de pinces hémostatiques.

Il n'en fut pas de même au moment de la libération du pédicule, difficilement isolable des plans profonds, et surtout d'une résistance extrême : il contenait pareillement de volumineux vaisseaux, que les pinces hémostatiques comprimaient et saisissaient péniblement. La difficulté de l'intervention était encore augmentée par l'étendue progressive du champ opératoire, et par la difficulté de manier rapidement une si lourde masse.

La perte de sang fut si abondante et si prompte que l'état de l'opéré devint critique; le visage prit un aspect syncopal et le pouls disparut à la radiale. L'on pratiqua une injection sous-cutanée de 1.000 grammes d'eau salée et des injections répétées d'huile camphrée et d'éther. L'alerte fut courte et les pulsations réapparurent.

L'intervention fut rapidement terminée et la tumeur fut enlevée, laissant à découvert une surface d'implantation très étendue. Une hémostase soigneuse fut pratiquée et les bords de l'incision cutanée réunis sans peine après un large drainage.

Les suites opératoires furent des plus simples : des injections de sérum et d'huile camphrée soutinrent énergiquement l'état de l'opéré durant les premiers jours et dissipèrent le shock opératoire, qui avait été considérable, étant donné l'âge très avancé du sujet. La réparation se fit très régulièrement et fut complète au bout d'une quinzaine de jours.

Le poids de la tumeur était de 8 kg. 780. Etant donné le développement accentué de la circulation veineuse, il était donc vraisemblablement supérieur à 9 kilos avant son ablation. Or, le poids de l'opéré, après sa guérison, était de 45 kilos; la tumeur constituait le $\frac{1}{6}$ du poids total du sujet avant l'intervention. Cet énorme rapport de proportion entre ces deux poids eut une curieuse résultante. Lorsque l'opéré se leva, il ne put tout d'abord retrouver son équilibre vertical, par suite de la suppression brusque du contrepoids auquel il était accoutumé. De même, le décubitus dorsal lui parut pénible, et ce fut pour lui le sujet de récriminations. Il succomba un an après à une affection néoplasique de l'estomac.

OBSERVATION X (Inédite.)

X... (Fernand), 32 ans.

Entré à l'Hôpital Saint-André le 18 janvier 1929, salle 18, lit n° 4, service du Professeur Chavannaz.

Le sujet s'est aperçu, en 1924, en se rasant, qu'il avait, dit-il, « une petite glande » sous le menton. Depuis ce temps, celle-ci a grossi insensiblement, jusqu'à atteindre aujourd'hui le volume d'un œuf de poule. Cette augmentation de volume, très lente, s'est produite sans apporter aucune gêne, aucune douleur au malade.

La mastication, la déglutition sont parfaites. Les mouvements du cou se font très normalement.

C'est parce que cette masse est disgracieuse, que le malade vient consulter.

A l'examen, on trouve une masse du volume d'un œuf dans la région sus-hyoïdienne médiane. Elle est assez mobile; elle paraît nettement encapsulée; la peau peut se plisser à son niveau comme dans la région avoisinante.

Elle est mobile sur les plans profonds; sa consistance est molle; elle n'est pas douloureuse. Le diagnostic de lipome paraît le plus probable; quelques réserves sont faites en faveur d'un kyste congénital.

Opération. — Incision verticale au niveau de la tumeur. On extirpe facilement une masse du volume d'un œuf, nettement circonscrite, située entre la peau et les muscles sus-hyoïdiens. Un petit drain est laissé durant trois jours. Guérison *per primam*. L'examen anatomopathologique, pratiqué par M. le Docteur Pierre Nadal, montre qu'il s'agissait d'un lipome pur.

OBSERVATION XI (Inédite.)

X... (Marie), 58 ans.

Entrée à l'Hôpital Saint-André le 17 juin 1928, salle 9, lit n° 17, service du Professeur Chavannaz.

La malade entre à l'hôpital, envoyée par son médecin parce qu'elle présente une lésion du sein droit.

Il y a cinq ans, cette femme s'aperçut qu'il existait dans son sein droit une petite masse dure, non douloureuse, située à côté du mamelon. Quelque temps après, elle vit, sur sa chemise, des taches, et constata qu'il s'écoulait par le mamelon une sérosité d'abord claire, puis jaunâtre.

En 1927, au niveau de la région sus-claviculaire droite est apparue une tumeur. D'abord du volume d'une noisette, celle-ci a grossi peu à peu, mais depuis trois mois, son augmentation s'est faite très rapidement.

L'état général de la malade est assez bon, cependant la patiente a maigri légèrement.

Dans les antécédents héréditaires, il n'y a rien de particulier à signaler. Cette femme a eu 4 enfants, n'a pas fait de fausses couches. Son mari est vivant et bien portant. Elle ne se rappelle pas avoir été malade.

A l'examen, on constate :

1° *Au niveau du sein droit*, une masse du volume d'une grosse noix, située dans le quadrant supéro-externe de la glande, de forme discoïde, de consistance ferme.

Cette masse est mobile sur le plan musculaire profond : elle ne se fixe pas lors de la contraction du muscle pectoral. La peau n'est pas adhérente à la tumeur. Le mamelon n'est pas avalé. Il s'en écoule, par la pression, un liquide séreux, brunâtre.

L'examen ne permet pas de sentir de ganglions dans l'aisselle droite ni dans la gauche.

2° *La région sus-claviculaire droite* est occupée, à peu près dans son centre, par une masse du volume d'une petite orange, soulevant la peau et la veine jugulaire externe.

Cette masse a une forme allongée avec un grand axe vertical. Elle est un peu mobilisable à sa base. Sa consistance est molle dans l'ensemble, mais plus ferme par endroits.

Indolente, la tumeur ne suit pas les mouvements de déglutition; elle ne présente pas de battements, de mouvements d'expansion; elle est mate à la percussion; on n'y entend pas de souffle.

3° *Dans la région sus-claviculaire gauche*, on ne trouve aucune masse ganglionnaire.

L'examen général de la malade et des divers appareils a été pratiqué.

Pas de points douloureux sur le squelette. A l'auscultation du thorax, la respiration est normale des deux côtés. Cependant, on perçoit un léger souffle biliaire. Le signe de d'Espine est légèrement positif. Il n'y a pas de signes d'épanchement. Dans l'abdomen, pas d'ascite décelable.

Le foie paraît normal; on ne trouve pas, à la palpation, de tumeur abdominale.

L'appétit est conservé, les selles sont normales. La ménopause a eu lieu à 52 ans.

Le toucher vaginal permet de sentir un utérus rétrofléchi, mobile, non douloureux.

Les culs-de-sac vaginaux sont libres. Les annexes non perceptibles. L'appareil cardio-vasculaire est normal.

Au niveau des territoires ganglionnaires, rien à signaler. Il faut noter enfin que la malade ne présente aucun signe de compression du côté du membre inférieur droit; mais son système veineux jugulaire externe est particulièrement développé.

Le diagnostic préopératoire posé est : épithélioma dendritique du sein droit avec tumeur de la région sus-claviculaire droite de nature indéterminée. Il paraît improbable qu'on se trouve en présence d'une adénopathie cancéreuse, mais comme cependant la chose n'est pas certaine, on décide d'intervenir tout d'abord sur la tumeur cervicale.

Opération le 21 juin 1928. — Extirpation de la masse sus-claviculaire. Incision en section de la veine jugulaire externe sur la tumeur. Section du muscle sterno-cléido-mastoïdien sur son bord postérieur. On arrive sur une tumeur lipomateuse qui tient la région sus-claviculaire et qui est en contact interne avec la veine jugulaire interne et la veine sous-clavière droites au niveau de leur confluent. La tumeur est difficilement isolée des organes nobles de la région, du phrénique en particulier, et on la voit pénétrer à travers l'aponévrose, dans l'épaisseur du muscle scalène antérieur, aux fibres duquel elle adhère. Après hémostase soignée, suture, drainage maintenu vingt-quatre heures. Guérison *per primam*.

L'examen de la pièce montre qu'il s'agit d'un lipome pur. *Poids* : 75 grammes.

Quinze jours plus tard, on pratique l'amputation du sein droit et le curage de l'aisselle.

L'examen de la petite tumeur du sein montre qu'il s'agit bien d'un épithélioma dendritique.

La guérison *per primam* est obtenue. La patiente quitte le service en parfait état.

CONCLUSIONS

I. — Le lipome du cou est une affection assez répandue.

II. — Il se développe souvent chez des sujets à antécédents arthritiques et il semble que des traumatismes ou violents ou minimes, mais répétés, puissent être à son origine.

III. — C'est une tumeur bénigne. Les lipomes superficiels peuvent être facilement diagnostiqués. Les lipomes profonds, au contraire, sont difficiles à déceler, et souvent ce n'est qu'à l'intervention qu'on reconnaît la nature lipomateuse de la tumeur.

IV. — Dans la plupart des cas, le traitement chirurgical est seul indiqué.

V. — Les lipomes diffus récidivent quelquefois, car leur extirpation complète est difficile, voire même impossible.

VU : *Le Doyen,*

G. SIGALAS.

VU, BON A IMPRIMER :

Le Président,

G. CHAVANNAZ.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Bordeaux, le 1^{er} mars 1929.

Le Recteur de l'Académie,

F. DUMAS.

BIBLIOGRAPHIE

- BESSON. — Enorme lipome de la nuque. *Journal de la Société de médecine de Lille*, 1910, p. 241 à 247.
- BILLROTH. — *Pathologie chirurgicale*, p. 581.
- BOUCHER (de Rouen). — *France médicale*, 13 juin 1889, n° 67, p. 769.
- BOUJU. — Lipomes multiples et symétriques d'origine nerveuse. Thèse de Paris, juillet 1892.
- BUCQUOY. — Société de médecine des hôpitaux de Paris, 17 juin 1891.
- CHUFFART. — Thèse d'agrégation, Paris, 1886.
- COMÈS. — Lipome volumineux du cou. *Bulletin de la Société médico-chirurgicale de l'Indochine*, 1926.
- GINESTOUS. — Lipome de la région antéro-inférieure du cou. *Bulletin de la Société anatomo-physiologique de Bordeaux*, 1896, p. 340-342.
- HOLYMANN. — *The Lancet*, 1880, vol. I, p. 227.
- LARDIER (de Rambervillers). — *Revue de médecine de l'Est*, 1884, p. 273.
- LITTRÉ (Membre de l'Académie royale des Sciences). — Sur 3 espèces de coupe et sur une 4^e établie, Paris, 1709.
- MARJOLIN. — Dictionnaire en 30 volumes, t. XVIII, p. 200.
- MATHIEU. — *Gazette des hôpitaux*, juillet 1890.
- MARÇAIS. — Contribution à l'étude des lipomes diffus du cou et de la nuque. Thèse de Paris, 1894-95.
- MAUCLAIRE et FLIPPO. — Lipome en pèlerine sur la base du cou, 1924, p. 455.
- MERLIN. — Lipome diffus du cou et de la nuque. *Loire médicale*, Saint-Etienne, 1890, p. 333 à 338.

- MORRANT, BACKER, BOWLEY (Anthony). — *Medico chirurgical Transactions*, livre LXIX, p. 341.
- OZENNE. — *Journal de médecine de Paris*, 1889, p. 341.
- PAGET. — *Tumours of system of surgery* Holmes, vol. I, p. 250.
- PÉRAIRE. — Lipome cervical congénital. *Bulletin et mémoires de la Société anatomique de Paris*, 1903, p. 748.
- PETIT (L.-H.). — Sur le pseudo-lipome sus-claviculaire. *Gazette hebdomadaire de médecine*, Paris, 1883, p. 836.
- PHOCAS. — Lipome du cou. *Nord médical*, Lille, 1898, p. 232-234.
- PICQUÉ (Lucien). — Fibro-lipome périostique de la nuque; ablation, guérison. *Bulletin et mémoires de la Société de chirurgie*, Paris, 1905, p. 836.
- POLAILLON. — Lipome profond du cou : ablation, guérison. *Gazette médicale*, Paris, 1891, p. 318.
- QUÉNU. — *Traité de chirurgie*, t. I, p. 337 et 435.
- RIBET. — Thèse de Paris, 1886.
- SÉNAC. — Thèse de Paris, 1884-85. Lipome congénital.
- VERNEUIL. — *Société de biologie*, 1854.
- VIRCHOW. — *Pathologie des tumeurs*, t. I.

